

※組合記入欄	摘要
--------	----

被保険者 家族 出産育児一時金請求書（受取代理用） 324

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の 保険証 記号・番号	記号 番号	事業所 の名称 所属	名称 所属		
	被保険者氏名		住所	〒 TEL ( )		
	出産予定日	令和 年 月 日	出産予定者 ※申請者と同一の場合は不要です。			
	出産予定数	単・多( 胎)	氏名	生年 月日	昭 平 令	年 月 日生
	出産予定医療機関等		名称	〒 TEL ( )		
			所在地	〒 TEL ( )		
	被保険者に対する支払金融機関					
	金融機関名		店名	預金種別	口座名義人・口座番号	
	コード ( )	コード ( )	当座 普通	口座 名義人	フリガナ	
	銀行・農協 金庫・信庫	本店 支店・出張所		口座番号		
喪失後6ヶ月以内保険者名			記号・番号	-		

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者( ) (以下「甲」という)は医療機関等である( ) (以下「乙」という)を代理人と定め、次の権限を委任します。甲は、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。甲が請求する出産育児一時金等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額※の受領に関する事。 ※出産育児一時金等の支給額(上限42万円※産科医療補償制度対象出産でない場合は40.8万円)を上限とする。				
	令和 年 月 日				
	甲(被保険者)の住所〒 氏名				
	乙(医療機関等)の所在地〒 名称 TEL - -				
	受取代理人に対する支払金融機関				
金融機関名		店名	預金種別	口座名義人・口座番号	
コード ( )	コード ( )	当座 普通	口座 名義人	フリガナ	
銀行・農協 金庫・信庫	本店 支店・出張所		口座番号		

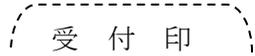
◎請求上の注意

20220401 改訂

- 被扶養者として認定されていない方は「家族出産育児一時金」は請求出来ません。
- 双生児以上の出産の場合は、それぞれ別に請求して下さい。

\*記入・留意事項等については、裏面をご覧ください。この請求書は、ご本人の同意なく本目的外に使用いたしません。

南海電気鉄道健康保険組合



### 被保険者の皆様に対する留意事項

1. この請求書による出産育児一時金請求の受取代理申請は、出産予定日まで2ヶ月以内であることとなっております。
2. この請求書を提出いただいた場合、出産予定の医療機関等と健康保険組合等の間において、請求書の受付の有無、分娩に関する証明、及び分娩費用に関する情報の提供を行いますのであらかじめご了承ください。標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方をまる（○）で囲んでください。
3. 受取代理制度を導入する医療機関等は、厚生労働省に対して届出があるものとします。母子健康手帳その他出産予定日を証明する書類を添付する必要はありません。
4. 資格喪失後、6ヶ月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号をご記入下さい。
5. 受取代理人である医療機関以外で分娩することとなった場合は、速やかに健康保険組合へ申し出てください。

### 医療機関等の皆様に対する留意事項

1. この請求書を受け付けた時は、健康保険組合等から受付を行った旨連絡しますので、住所・名称・電話番号を記載してください。
2. 分娩し、分娩費用が確定した場合は、分娩費請求書及び出産証明書類の写しを速やかに健康保険組合へ提出してください。この場合、健康保険組合から受取代理請求書の受付報告書を送付する際、同封する用紙も記入の上、送付してください。

### 被保険者・医療機関等の皆様に対する留意事項

この請求書による出産育児一時金の支払は、次のとおりです。

- (1) 医療機関等の出産に係る請求額が42万円以上である場合
  - ・ 出産育児一時金等の全額を医療機関等へお支払いします。
- (2) 医療機関等の出産に係る請求額が42万円未満の場合
  - ・ 請求額として記載されている額を医療機関等へお支払いし、その請求額と42万円との差額については被保険者へお支払いします。
- (3) 2児以上の出産の場合、一児につき42万円として、上記(1)、(2)の留意事項を読み替えてください。(例えば、双子の場合、(1)の42万円は84万円以上、(2)の42万円未満は、84万円未満になります。)

問い合わせ先

〒556-8503

大阪市浪速区敷津東二丁目1番41号

南海電気鉄道健康保険組合

TEL 06-6632-8417